



Centro Médico Harrisburg
100 Dr WarrenTuttle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 351-6540

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62902
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

Estimado Paciente/Garante:

IMPORTANTE: USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA GRATUITA O CON DESCUENTO. Completar esta solicitud ayudará _____, a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento, o si califica para otros programas públicos que pueden ayudar a pagar su atención médica. Por favor, presente esta solicitud en el hospital.

SI NO TIENE SEGURO, NO SE REQUIERE UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA CALIFICAR PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.

Sin embargo, un Número de Seguridad Social es requerido para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. Proporcionar un Número de Seguridad Social no es obligatorio pero ayudará al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Por favor complete este formulario y preséntelo al hospital en persona, por correo, iniciando sesión en MyChart, o por fax para solicitar atención gratuita o con descuento dentro de los 90 días siguientes a la fecha de alta o recepción de atención ambulatoria.

El paciente reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información solicitada en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera.

Por favor entienda que para recibir ayuda con su factura hospitalaria necesitará mostrar todas las fuentes de pago como seguro médico, Medicaid, compensación laboral, responsabilidad civil, etc. Todos los pagadores deben estar completamente agotados antes de que se considere la asistencia médica.

Ciertas circunstancias en las que un paciente puede ser elegible para elegibilidad presuntiva pueden no requerir una solicitud. Por favor contacte a un Consejero Financiero en el número anterior para más información.

Por favor devuelva la solicitud con la siguiente información:

1. Una solicitud completa del Programa de Asistencia Médica firmada y fechada.
2. Una copia de su última declaración de impuestos federales presentada. Si trabaja por cuenta propia debe incluir el Anexo C. Por favor incluya una copia de todos sus W-2.
3. Una copia de su cheque o talón de pago más reciente por empleo, desempleo, Seguro Social, pensión, compensación laboral (o carta de determinación de compensación laboral) o cualquier otra fuente(s) de ingresos que haya recibido durante las últimas trece (13) semanas. Aceptaremos uno de los siguientes tres documentos como prueba de ingresos:
 - a. Un formulario de salario de empleado llenado y firmado por su empleador por cada proveedor de ingresos en el hogar. (ver solicitud para este formulario).
 - b. Copias de talones de pago de las últimas 13 semanas.

- c. Un reporte de sus salarios de su empleador de las últimas 13 semanas.
 - d. La información de salario anterior debe ser aprobada para todos los miembros de la familia/hogar.
4. Si aplica, prueba de participación en programas gubernamentales de asistencia como cupones de alimentos, WIC, Medicaid, Link, almuerzos escolares, Programa de Recursos o Referencia para Cuidado Infantil.
5. Se le puede pedir que solicite asistencia de otras fuentes apropiadas si se determina que podría calificar para dicha ayuda.

Si desea presentar una apelación de nuestra decisión o solicitar reconsideración, debe ser por escrito. Por favor incluya la razón o proporcione información adicional que pueda ser beneficiosa para nuestra revisión.

Quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden ser reportadas a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois en www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o al 1-877-305-5145.

SIH ahora ofrece una opción electrónica conveniente para completar solicitudes de asistencia médica iniciando sesión en MyChart. Visite www.mychart.sih.net 24/7 para instrucciones completas. También puede enviar por correo la solicitud completada a la dirección listada para la instalación donde incurrió en los cargos.

Solo se requiere una solicitud si tiene cuentas en cualquiera o todos los hospitales listados anteriormente. Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor contacte al Consejero Financiero en la instalación correspondiente. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm.

La finalización de esta solicitud no lo libera de su obligación financiera con Southern Illinois Healthcare. Southern Illinois Healthcare se reserva el derecho de denegar cualquier solicitud tras su revisión.

Atentamente,

Consejero Financiero



Harrisburg Medical Center
100 Dr Warren Tuttle Dr
Harrisburg IL 62946
(618) 253-0251
Fax (618) 351-6540

SIH Medical Group
1239 East Main Street
Carbondale IL 62901
(618) 457-5200
Ext 67575
Fax (618) 351-6540

Herrin Hospital
201 S. 14th Street
Herrin IL 62948
(618) 942-2171
Ext 36458
Fax (618) 351-6540

Memorial Hospital of Carbondale
405 W Jackson
Carbondale IL 62902
(618) 549-0721
Ext 64572
Fax (618) 351-6540

St Joseph Memorial Hospital
2 South Hospital Drive
Murphysboro, IL 62966
(618) 684-3156
Ext 55331
Fax (618) 351-6540

Solicitud de Asistencia Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección:

Dirección/Casilla Postal Ciudad Estado Código Postal

Número Telefónico: _____ Número de Seguridad Social _____ (no requerido)

Información Familiar/del Hogar:

1. Número de personas en la familia/hogar del paciente: _____
2. Número de personas que son dependientes del paciente: _____
3. Edades de los dependientes del paciente: . _____

Información de Empleo e Ingresos

1. Ingrese la información del empleador del paciente, cónyuge o pareja.
2. Si el paciente es menor de edad, ingrese la información del empleador de los padres o tutor.

Paciente	Cónyuge	Pareja	Otro
Nombre del empleador del paciente: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto	Nombre del empleador del cónyuge: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto	Nombre del empleador de la pareja: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto	Otro - Nombre del empleador: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto
Nombre del empleador del paciente: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto	Nombre del empleador del cónyuge: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto	Nombre del empleador de la pareja: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto	Otro - Nombre del empleador: Dirección: <u>Ciudad, Estado, Código Postal</u> Salario: Importe bruto

Otros Ingresos

Otros Ingresos	Ingresos Mensuales del Paciente	Ingresos Mensuales del Cónyuge/Pareja/Otro Dependiente(s)
Salarios	\$	\$
Trabajo por Cuenta Propia	\$	\$
Compensación por Desempleo	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Discapacidad del Seguro Social	\$	\$
Pensión/Discapacidad de Veteranos	\$	\$
Compensación Laboral	\$	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	\$	\$
Ingresos por Jubilación	\$	\$
Manutención Infantil, Pensión Alimenticia u Otro Apoyo Conyugal	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$

Documentación de los ingresos familiares mediante talones de pago, estados de beneficios, cartas de adjudicación, órdenes judiciales, declaraciones de impuestos federales u otra documentación proporcionada por el paciente.

*Activos

Bienes Raíces: Propietario _____ Inquilino _____		Banco: Cuenta Corriente	\$
Valor de Mercado	\$	Ahorros	\$
Monto Adeudado:	\$		
	\$	Fondos Mutuos:	\$
Auto/Camioneta/Tipo:		Acciones, CD's:	\$
Valor de Mercado:	\$	Propiedad en Alquiler	\$
Motocicletas, Botes, Campers, Otros Vehículos:		Otros:	\$
Valor de Mercado	\$		\$
			\$
			\$

*Los activos no son requeridos para las ubicaciones del National Health Services Corps (NHSC) en: SIH Primary Care Harrisburg, Eldorado Primary Care, HMC Marion Clinic, Logan Primary Care-West Frankfort, Benton Community Healthcare, Logan Primary Care-Herrin, Center for Medical Arts, Anna Primary Care, Medical Arts Clinic-Murphysboro, West Frankfort Family Medicine.

Gastos Mensuales

Renta o Pagos de Vivienda:	\$	Otro:	\$
Servicios Públicos	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Cuidado Infantil:	\$		\$
Alimentos y Suministros:	\$		\$
Pagos de Auto:	\$		\$
Transporte	\$		\$
Tarjetas de Credito:	\$		\$
Impuestos Prediales: (Anual) :	\$		\$
		Total de Gastos Mensuales	

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura hospitalaria.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas en esta solicitud, seré inelegible para asistencia financiera, cualquier asistencia financiera otorgada podrá ser revertida, y seré responsable del pago de la factura hospitalaria.

☐

S

☐

N

¿Era el paciente residente de Illinois o residente temporal cuando se brindó la atención?

* Si era residente temporal, proporcione copia de la licencia de conducir de visitante temporal

☐

S

☐

N

¿Estuvo el paciente involucrado en un presunto accidente?

☐

S

☐

N

¿Fue el/la paciente víctima de un presunto crimen?

☐

S

☐

N

¿Tiene el/la solicitante alguna demanda legal activa o abierta por las cuentas para las que se solicita asistencia?

☐

S

☐

N

¿Tiene el/la solicitante algún beneficio de seguro o plan de Medishare/Ministerio financiado?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA OPCIONAL: (círcule la mejor opción)***La respuesta o falta de respuesta no tendrá ningún impacto en el resultado de esta solicitud****Raza**

Indio americano o nativo de Alaska

Asiático

Indio asiático

Negro o afroamericano

Chino

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Otra raza

Blanco

Etnicidad

Hispano o latino

No hispano, latino/a o de origen español

Sexo

Masculino

Femenino

Masculino en transición a femenino

Femenino en transición a masculino

Idioma Preferido

Quejas o inquietudes sobre el proceso de solicitud de descuento para pacientes sin seguro o el proceso de asistencia financiera hospitalaria pueden ser reportadas a la Oficina de Atención Médica del Fiscal General de Illinois en www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf o al 1-877-305-5145.

Fecha:

Firma:

Paciente/Solicitante

Fecha:

Firma:

Paciente/Solicitante

Actualizado el 30.09.24

INFORMACIÓN ADICIONAL

Utilice este formulario para proporcionar información adicional que pueda ayudar en el procesamiento de su solicitud de Asistencia Médica.

Si alguna de las siguientes declaraciones o preguntas aplica a su situación, por favor proporcione la información requerida en este formulario.

1. Si sus gastos mensuales exceden sus ingresos mensuales, indique cómo se cubren dichos gastos.

2. Si no incluye su declaración de impuestos, explique por qué.

3. Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?

4. Si recibe apoyo financiero de alguien, incluya una declaración por escrito que detalle cómo le están ayudando.

5. Otro:

[illegible]



Oficina Central
1239 E Main St
Carbondale IL 62901

618.457.5200
Fax 618.351.6540

CARTA DE APOYO

Fecha: _____ Nombre del Solicitante/Paciente: _____
Cuentas: _____

A quien corresponda:

Actualmente estoy proporcionando el siguiente apoyo al solicitante mencionado anteriormente

____ El solicitante recibe \$ _____ cada mes de mi parte.

____ Yo **no** proporciono ninguna asistencia monetaria al solicitante. Solo asisto al solicitante con renta, servicios públicos, comida, etc.

____ Declaro al solicitante en mi declaración de impuestos federales y estatales.

____ Yo **no** declaro al solicitante en mi declaración de impuestos federales y estatales.

A mi leal saber y entender, esta persona **no** recibe asistencia de ninguna otra fuente.

Este arreglo comenzó el _____ y continuará hasta el _____, a menos que el paciente obtenga empleo o haga otros arreglos de vida.

Firma de la Parte que Proporciona Apoyo
Financiero

Fecha

Relación con el solicitante

Número de Teléfono